

# Projekt Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych

## Raport Sekretariatu

1. Rada Wykonawcza na swojej 134. sesji przedstawiła wcześniejszą wersję tego raportu<sup>1</sup>. Rada Wykonawcza zaprezentowała również wytyczne odnośnie do projektu planu działania, które zostały wykorzystane przez Sekretariat w przygotowaniu aneksowanego projektu planu działania na rzecz niepełnosprawności, przedłożonego do przyjęcia przez 67. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*Sixty-seventh World Health Assembly*, WHA). Wersja niniejszego raportu została zaktualizowana (w szczególności pkt 5, 8 i 10 oraz Aneks).

2. Na całym świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi około 15% populacji światowej. Częstość występowania niepełnosprawności zwiększa się z powodu starzenia się społeczeństw oraz globalnego wzrostu chorób przewlekłych i jest wyższa w krajach o niskich niż w krajach o wysokich dochodach. Niepełnosprawność w sposób nieproporcjonalny dotyka kobiet, osób starszych i ludzi ubogich.

3. Osoby niepełnosprawne stawiają czoła licznym barierom związanym z dostępem do świadczeń, mają gorszy stan zdrowia i gorsze wyniki w nauce. Zmniejszona jest ich aktywność ekonomiczna, a stopa ubóstwa wyższa niż w przypadku osób w pełni sprawnych. Istnieje ponad dwa razy większe prawdopodobieństwo, że zarówno placówki ochrony zdrowia, jak i umiejętności pracowników ochrony zdrowia będą niewystarczające, aby zaspokoić ich potrzeby. Prawie trzykrotnie większe jest prawdopodobieństwo odmowy udzielenia im usług zdrowotnych i cztery razy większe prawdopodobieństwo, że osoby te będą źle traktowane.

4. Wielu z tych barier da się uniknąć, a przeszkody związane z niepełnosprawnością mogą zostać przezwyciężone. Lepsze zdrowie, poprzez poprawę dostępu osób niepełnosprawnych do świadczeń zdrowotnych, jest kluczowym czynnikiem, który umożliwia uczestnictwo i pozytywne osiągnięcia w takich obszarach, jak edukacja, zatrudnienie, rodzina, społeczeństwo i życie publiczne. Dobry stan zdrowia przyczyni się także do uzyskania szerszych, globalnych celów rozwojowych.

<sup>1</sup> Zob.: dokument EB134/16 i dokumenty podsumowujące Rady Wykonawczej 134. sesji, czwartym spotkaniu, w sekcji 2 (dokument EB134/2014/REC/2)

5. W maju 2013 66. Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło Rezolucję WHA66.9 na temat niepełnosprawności, w której zatwierdzono zalecenia zawarte w *Światowym Raporcie o Niepełnosprawności*<sup>2</sup> i zwróciło się do Dyrektora Generalnej z prośbą o przygotowanie, w porozumieniu z innymi organizacjami systemu Narodów Zjednoczonych i Państwami Członkowskimi, kompleksowego planu działania na podstawie dowodów zawartych w raporcie oraz zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w uchwale 61/106), dokumentu końcowego z posiedzenia wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie niepełnosprawności i rozwoju (następnie przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w uchwale 68/3).

6. „Projekt 0” planu działania na rzecz niepełnosprawności został przygotowany bezpośrednio po 67. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w porozumieniu z wieloma interesariuszami, w tym: Państwami Członkowskimi, organizacjami systemu Narodów Zjednoczonych i partnerami międzynarodowymi i krajowymi, takimi jak agencje rozwojowe, organizacje pozarządowe, w tym organizacje osób niepełnosprawnych i stowarzyszenia zawodowe. Komentarze na temat tego projektu, a także proponowanego procesu przygotowywania planu działania, uzyskano od przedstawicieli kluczowych organizacji osób niepełnosprawnych, organizacji pozarządowych działających na rzecz niepełnosprawności i rozwoju oraz podmiotów Organizacji Narodów Zjednoczonych podczas szóstej sesji Konferencji Państw-Stron Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Nowy Jork, 17–19 lipca 2013), a także ekspertów i pracowników WHO.

7. Pierwszy projekt planu działania na rzecz niepełnosprawności (31 lipca 2013) został zrewidowany w drodze szeroko zakrojonego procesu konsultacji przeprowadzonego od połowy sierpnia do początku listopada 2013, który objął: konsultacje internetowe, otwarte dla wszystkich (od 20 sierpnia do 18 października); szkolenia i udział członków Komitetu Praw Osób Niepełnosprawnych (11 września, podczas 10. sesji Komitetu, Genewa, 2–13 września); konsultacje z tymi Państwami Członkowskimi, które mają misje w Genewie, regionalne organizacje integracji gospodarczej i organizacji systemu ONZ (Genewa, dnia 8 października); regionalne konsultacje z państwami członkowskimi i innymi interesariuszami, poprzez konsultacje prowadzone przez Biura Regionalne, a mianowicie Biuro Regionalne dla Europy (konsultacje elektroniczne w dniu 9 października); Biuro Regionalne dla Wschodniego Regionu; Śródziemnomorskie (dwie wideo-konsultacje w dniu 9 i 23 października); Biuro Regionalne dla Afryki (Brazzaville, 17–18 października); Biuro Regionalne dla Azji Południowo-Wschodniej i Biuro

<sup>2</sup> Światowa Organizacja Zdrowia, Bank Światowy. Światowy Raport o Niepełnosprawności, Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 2011

Regionalne dla Zachodniego Pacyfiku (Manila, 30–31 października); oraz Biuro Regionalne dla Obu Ameryk (Quito, 5–6 listopada) i konsultacje z kluczowymi pracownikami w kwaterze głównej WHO (lipiec i październik). Otrzymano około 300 uwag od państw członkowskich, organizacji ONZ, organizacji osób niepełnosprawnych i innych podmiotów społeczeństwa obywatelskiego, usługodawców, instytucji badawczych, ośrodków współpracujących z WHO, partnerów rozwoju i osób prywatnych. Szczegółowe kalendarium programu konsultacji i nieoficjalnych raportów ze wszystkich konsultacji, w tym szczegóły dotyczące uczestniczących stron, są dostępne na stronie internetowej WHO<sup>3</sup>.

8. Sekretariat wykorzystał uwagi zgłoszone w tych nieformalnych konsultacjach w przygotowaniu drugiego projektu planu działania na rzecz niepełnosprawności. W niniejszym tekście uwzględniono komentarze do tego tekstu i wskazówki ze 134. sesji Rady Wykonawczej.

9. Zgodnie z Rezolucją WHA66.9, projekt „Globalnego Planu Działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych” ma na celu przyczynienie się do poprawy zdrowia, dobrobytu i przestrzegania praw człowieka odnoszących się do osób niepełnosprawnych. Określa on jasne cele i działania dla Państw Członkowskich, Sekretariatu oraz partnerów międzynarodowych i krajowych. Proponuje również wskaźniki sukcesu, które mogą być wykorzystane do oceny postępów w realizacji i oddziaływania planu działania.

## **DZIAŁANIA ZGROMADZENIA ZDROWIA**

10. Wnosi się o przyjęcie przez Zgromadzenie Zdrowia projektu globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021: Lepsze zdrowie dla wszystkich osób niepełnosprawnych.

---

<sup>3</sup> <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/index.html>, [dostęp z dnia: 28 lutego 2014]

## ANEKS

### **PROJEKTU GLOBALNEGO PLANU DZIAŁANIA WHO NA RZECZ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NA LATA 2014–2021: LEPSZE ZDROWIE DLA WSZYSTKICH OSÓB NIEPEŁOSPRAWNYCH<sup>4</sup>**

1. W maju 2013 66. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w Rezolucji WHA66.9 o niepełnosprawności zatwierdziło rekomendacje zawarte w *Światowym Raporcie o Niepełnosprawności*<sup>5</sup>. Zgromadzenie Zdrowia zwróciło się do Dyrektora Generalnego z prośbą o przygotowanie, w porozumieniu z Państwami Członkowskimi<sup>6</sup> i organizacjami systemu Narodów Zjednoczonych, kompleksowego planu działania WHO na podstawie danych zawartych w *Światowym Raporcie o Niepełnosprawności*, a także zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (przyjętych przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w uchwale 61/106) i dokumentu końcowego ze spotkania wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie realizacji Milenijnych Celów Rozwoju oraz innych celów rozwojowych uzgodnionych na szczeblu międzynarodowym dla osób niepełnosprawnych: droga naprzód, włączająca niepełnosprawność agenda rozwojowa do roku 2015 i później.

2. Niepełnosprawność jest powszechna. Wszyscy są narażeni na doświadczenie niepełnosprawności w sposób bezpośredni lub na posiadanie członka rodziny, który doświadcza trudności w funkcjonowaniu w pewnym momencie swojego życia, zwłaszcza wraz ze starzeniem się. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia i jej Wersją dla Dzieci i Młodzieży, ten plan działania uznaje „niepełnosprawność” za pojęcie obejmujące upośledzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia uczestnictwa, wyrażające negatywne aspekty interakcji między jednostką (związane ze stanem zdrowia) oraz te indywidualne czynniki kontekstowe (środowiskowe i osobiste). Niepełnosprawność nie jest wyłącznie prostym zjawiskiem ani biologicznym, ani społecznym.

3. WHO postrzega niepełnosprawność jako globalny problem zdrowia publicznego w kontekście praw człowieka i priorytetów rozwoju. Niepełnosprawność jest globalnym problemem zdrowia publicznego, ponieważ osoby niepełnosprawne przez całe swoje życie zmagają się z powszechnie występującymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych i powiązanych z nimi takich, jak rehabilitacja,

<sup>4</sup> W tym planie działania określenia „ludzie” i „osoby” niepełnosprawne są stosowane zamiennie i dotyczą one zarówno dzieci, jak i młodzieży. Zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w uchwale 61/106), termin „osoby niepełnosprawne” jest stosowany, gdy plan odnosi się do praw i uprawnień. W większości innych przypadków stosowany jest termin „ludzie niepełnosprawni”.

<sup>5</sup> Światowa Organizacja Zdrowia, Bank Światowy. Światowy Raport o Niepełnosprawności, Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 2011

<sup>6</sup> Oraz odpowiednio regionalnymi organizacjami integracji gospodarczej.

są w gorszym stanie zdrowia niż osoby w pełni sprawne. Niektóre stany zdrowotne mogą stanowić również czynniki ryzyka dla innych problemów zdrowotnych, nierzadko zaniedbywanych, takich jak częstsze występowanie otyłości u osób z zespołem Downa oraz cukrzycy lub raka jelita grubego u osób ze schizofrenią. Niepełnosprawność jest również kwestią praw człowieka, ponieważ dorośli, młodzież i dzieci niepełnosprawne doświadczają stygmatyzacji, dyskryminacji i nierówności; są obiektem wielu naruszeń ich praw, w tym ich godności, na przykład w wyniku aktów przemocy, wykorzystywania, uprzedzeń i braku szacunku ze względu na ich niepełnosprawność; i pozbawiani są również autonomii. Niepełnosprawność jest priorytetem rozwojowym ze względu na wyższą częstość jej występowania w krajach o niskich dochodach oraz ze względu na wzajemne wzmacnianie i utrwalanie się niepełnosprawności i ubóstwa. Ubóstwo zwiększa prawdopodobieństwo zaburzeń wynikających z niedożywienia, niewystarczającej opieki zdrowotnej i niebezpiecznego trybu życia, pracy i warunków podróży. Niepełnosprawność może prowadzić do obniżenia poziomu życia i ubóstwa poprzez brak dostępu do edukacji i zatrudnienia oraz poprzez zwiększone wydatki związane z niepełnosprawnością.

4. Plan działania będzie istotny dla osób niepełnosprawnych i powinien przynieść korzyść wszystkim osobom niepełnosprawnym od momentu urodzenia do wieku podeszłego. Osoby niepełnosprawne to osoby, które tradycyjnie postrzegane są jako niepełnosprawne, takie jak dzieci, które urodziły się z porażeniem mózgowym, osoby na wózkach inwalidzkich, osoby niewidome lub niesłyszące i osoby z upośledzeniem umysłowym lub z zaburzeniami psychicznymi, a także szersza grupa osób, które doświadczają trudności w funkcjonowaniu z powodu szerokiego zakresu chorób, takich jak choroby niezakaźne, zakaźne, zaburzenia neurologiczne, urazy i stany, które wynikają z procesu starzenia się. Artykuł 1 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych wskazuje, że osoby niepełnosprawne to osoby, które mają długotrwale upośledzenie fizyczne, umysłowe, intelektualne lub narządów zmysłów, które w interakcji z różnymi barierami mogą utrudniać im pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym na równi z innymi ludźmi.

5. Duża część misji WHO jest poświęcona zapobieganiu stanom zdrowia, które mogą prowadzić do śmierci, choroby lub niepełnosprawności. Ten plan działania ukierunkowany jest jednak na poprawę zdrowia, funkcjonowania i dobrostanu osób niepełnosprawnych. W związku z tym rozważa kwestie prewencji jedynie w zakresie, w jakim osoby niepełnosprawne wymagają takiego samego dostępu do świadczeń i programów profilaktycznych, jak inni ludzie. Prewencja obejmuje szeroki zakres działań mających na celu zmniejszenie ryzyka lub zagrożenia dla zdrowia: promowanie zdrowego stylu życia, obejmujące np. wytyczne dotyczące prawidłowego sposobu odżywiania, znaczenie regularnych ćwiczeń fizycznych oraz unikanie używania tytoniu; w pierwszej kolejności ochrona osób przed

rozwojem choroby, na przykład szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym lub bezpieczne procedury w zakresie porodów; wykrywanie wtórnej lub współistniejącej choroby na wczesnym etapie za pomocą badań przesiewowych, takich jak w kierunku cukrzycy lub depresji; i zmniejszenie wpływu utrwalonego problemu zdrowotnego za pomocą środków, takich jak leczenie bólu, programy rehabilitacyjne, grupy wsparcia pacjentów lub usunięcie barier dostępu. Poprawa dostępu do świadczeń i programów profilaktycznych dla osób niepełnosprawnych ma istotne znaczenie dla osiągnięcia lepszych wyników w zakresie zdrowia i ujęta jest w ramach celów 1 i 2 niniejszego planu.

## **PRZEGLĄD SYTUACJI GLOBALNEJ**

6. Na całym świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi około 15% ludności świata, inaczej mówiąc – co siódmy mieszkaniec Ziemi jest niepełnosprawny. Z tej liczby, od 110 mln do 190 mln osób dorosłych doświadcza znacznych trudności w funkcjonowaniu. Szacuje się, że około 93 mln dzieci – lub jedno na 20 dzieci poniżej 15. roku życia – żyje z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności. Liczba osób niepełnosprawnych będzie wzrastać w miarę starzenia się społeczeństw oraz wzrostu zachorowań na choroby przewlekłe. Narodowe wzory niepełnosprawności pozostają pod wpływem trendów dotyczących zdrowia, czynników środowiskowych i innych, takich jak wypadki drogowe, upadki, przemoc, katastrofy humanitarne, w tym klęski żywiołowe i konflikty, niezdrowa dieta i nadużywanie substancji uzależniających.

7. Niepełnosprawność w sposób nieproporcjonalny dotyczy kobiet, osób starszych, ubogich. W większym stopniu zagrożone są niepełnosprawnością dzieci z uboższych gospodarstw domowych, ludność rdzenna i ta z mniejszości etnicznych. Kobiety i dziewczęta niepełnosprawne są w większym stopniu narażone na „podwójną dyskryminację”, która obejmuje przemoc na tle płci, wykorzystywanie seksualne i marginalizację. W rezultacie kobiety niepełnosprawne często napotykały na dodatkowe przeszkody w porównaniu do mężczyzn niepełnosprawnych i kobiet pełnosprawnych. Przedstawiciele ludności rdzennej, przesiedleńcy lub bezpaństwowcy, uchodźcy, imigranci i więźniowie niepełnosprawni również doświadczają trudności w dostępie do świadczeń wspierających. Częstość występowania niepełnosprawności jest większa w krajach o niższych niż w krajach o wyższych dochodach. W dokumencie końcowym z posiedzenia wysokiego szczebla w sprawie niepełnosprawności i rozwoju w 2013 roku, Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych stwierdziło, że w krajach rozwijających się żyje około 80% osób niepełnosprawnych i podkreśliło potrzebę zapewnienia, że osoby niepełnosprawne są włączone we wszystkich aspektach rozwoju, w tym również agendą rozwojową po roku 2015.

8. Osoby niepełnosprawne napotykają na liczne bariery w dostępie do świadczeń, takich jak opieka zdrowotna (w tym opieka medyczna, leczenie i technologie

wspomagające), edukacja, zatrudnienie i pomoc społeczna, w tym mieszkalnictwo i transport. Przyczyną tych barier jest na przykład nieodpowiednie prawodawstwo, polityki i strategie; brak świadczeń; problemy z ich dostarczaniem; brak wiedzy i zrozumienia niepełnosprawności; negatywne postawy i dyskryminacja; brak dostępności; niewystarczające środki finansowe i brak uczestnictwa w podejmowaniu decyzji, które mają bezpośredni wpływ na ich życie. Szczególne bariery istnieją również w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, które są w stanie wyrazić swoje opinie oraz poszukiwać, otrzymywać i przekazywać informacje i idee na równych zasadach z innymi osobami, jak też poprzez wybrane przez nich środki komunikacji.

9. Bariery te powodują przeszkody, jakich doświadczają osoby niepełnosprawne. Szczególnie w krajach rozwijających się osoby niepełnosprawne mają gorszy stan zdrowia niż osoby sprawne, a także stwierdza się u nich wyższą stopę ubóstwa, niższe wykształcenie i poziom zatrudnienia, zmniejszoną niezależność i ograniczone uczestnictwo. Wielu z tych barier można uniknąć, a niedogodności związane z niepełnosprawnością można przezwyciężyć. Światowy Raport o Niepełnosprawności syntetycznie opisuje najlepsze dostępne dane na temat przezwyciężania barier, które napotykają osoby niepełnosprawne w dostępie do świadczeń zdrowotnych, rehabilitacji, wsparcia i pomocy, ich środowiska (takich jak budynki i transport), edukacji i zatrudnienia.

## **WIZJA, CEL GŁÓWNY, CELE, ZASADY PRZEWODNIE ORAZ PODEJŚCIA**

10. Wizją planu działania jest świat, w którym wszystkie osoby niepełnosprawne i ich rodziny żyją w godności, z równymi prawami i szansami oraz są w stanie wykorzystywać swój pełny potencjał.

11. Ogólnym celem jest przyczynienie się do osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia, funkcjonowania, dobrostanu i praw człowieka dla wszystkich osób niepełnosprawnych.

12. Plan działania obejmuje następujące trzy cele:

- (1) usunięcie barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych;
- (2) wzmocnienie i rozwój rehabilitacji, habilitacji i technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wpierających, rehabilitacji środowiskowej;
- (3) wzmocnienie zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej odpowiednich danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

13. Ten plan wspiera implementację działań, które zostały opracowane w celu zapewnienia przestrzegania praw osób niepełnosprawnych, zgodnie z postanowieniami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, w szczególności jej Artykułu 9 (Dostępność), 11 (Sytuacje zagrożenia i sytuacje wymagające pomocy

humanitarnej), 12 (Równość wobec prawa), 19 (Niezależne życie i włączenie w społeczeństwo), 20 (Mobilność), 25 (Zdrowie), 26 (Habilitation i rehabilitacja), 28 (Odpowiednie warunki życia i ochrona socjalna), 31 (Statystyka i zbieranie danych), 32 (Współpraca międzynarodowa) i 33 (Wdrażanie i monitoring na szczeblu krajowych). Wspiera również Artykuł 4 (Zobowiązania ogólne), 5 (Równość i brak dyskryminacji), 6 (Kobiety niepełnosprawne), 7 (Dzieci niepełnosprawne) i 21 (Wolność wypowiedzi i opinii oraz dostęp do informacji). Proponuje działania mające na celu wspieranie realizacji zobowiązań z dokumentu końcowego przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych na spotkaniu wysokiego szczebla w sprawie niepełnosprawności i rozwoju (Nowy Jork, 23 września 2013) w celu zapewnienia dostępu osób niepełnosprawnych do opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji, habilitacji i urzędzeń wspomagających, oraz w celu poprawy gromadzenia danych, analizy i monitorowania niepełnosprawności i promowania wiedzy, świadomości społecznej i zrozumienia niepełnosprawności.

14. Plan działania wspiera ciągłą pracę Organizacji uwzględniającą problematykę niepełnosprawności w swoich programach, zgodnie z ostatnimi postanowieniami Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych<sup>7</sup>. Jest on dostosowany do Dwunastego Ogólnego Programu Pracy, 2014–2019, w szczególności odzwierciedlając nowe realia polityczne, gospodarcze, społeczne i środowiskowe oraz ewoluujący agendę zdrowia. Uzupełnia i wspiera realizację innych planów i strategii Organizacji, takich jak dotyczących zdrowego starzenia się, zdrowia reprodukcyjnego, zdrowia matki i dziecka, sytuacji kryzysowych i katastrof, zdrowia psychicznego, zapobiegania ślepcie i uszkodzeniom wzroku oraz chorób niezakaźnych.

15. Układ planu działania kieruje się następującymi zasadami, które w większości znajdują odzwierciedlenie w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych:

- poszanowanie wrodzonej godności, indywidualnej autonomii, w tym swobody dokonywania własnych wyborów, a także poszanowanie niezależności danych osób;
- brak dyskryminacji;
- pełne i skuteczne uczestnictwo i integracja społeczna;
- poszanowanie różnic i akceptacja osób niepełnosprawnych, jako części różnorodności ludzkiej i ludzkości;
- równość szans;

<sup>7</sup> Rezolucja 66/288 (Przyszłość, której chcemy), 66/229 (Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych oraz dołączony do niej Protokół Fakultatywny), 66/124 (Zebranie wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego na temat realizacji Milenijnych Celów Rozwoju i innych celów rozwojowych uzgodnionych na szczeblu międzynarodowym na rzecz osób niepełnosprawnych), 65/186 (Realizacja Milenijnych Celów Rozwoju na rzecz osób niepełnosprawnych w roku 2015 i w latach następujących) oraz 64/131 (Realizacja Milenijnych Celów Rozwoju dla osób niepełnosprawnych)



- dostępność;
- równość mężczyzn i kobiet;
- poszanowanie rozwijania zdolności dzieci niepełnosprawnych i poszanowanie prawa dzieci niepełnosprawnych do zachowania swojej tożsamości;
- poszanowanie stałej godności i wartości osoby niepełnosprawnej w miarę dorastania i starzenia się.

16. Osoby niepełnosprawne mają jedyną w swoim rodzaju wiedzę na temat własnej niepełnosprawności i sytuacji, ale pozostały wyłączone z procesu podejmowania decyzji w kwestii problemów, które bezpośrednio wpływają na ich życie. Zgodnie z Artykułem 4. Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, osoby niepełnosprawne, poprzez reprezentujące je organizacje, powinny w pełni uczestniczyć w konsultacjach i aktywnie brać udział we wszystkich etapach opracowywania i wdrażania polityki, praw i usług, które się do nich odnoszą.

17. Układ i implementacja planu działania oparte są na i prowadzone według następujących zasad:

- podejścia opartego na prawach człowieka, obejmującego wzmocnienie pozycji osób niepełnosprawnych;
- podejścia zgodnego z cyklem życia, z uwzględnieniem ciągłości opieki;
- powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- kulturowo właściwego podejścia skoncentrowanego na osobie;
- rehabilitacji wielosektorowej/środowiskowej<sup>8</sup>;
- projektowaniu uniwersalnemu (patrz: paragraf 29 poniżej).

### **PROPONOWANE DZIAŁANIA DLA PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, PARTNERÓW MIĘDZYNARODOWYCH I KRAJOWYCH ORAZ SEKRETARIATU**

18. Poszczególne działania, z wyszczególnieniem działań pozwalających na osiągnięcie trzech celów planu, proponowane są Państwu Członkowskiemu, partnerom międzynarodowym i krajowym oraz Sekretariatowi. Opcje, w jaki sposób wdrożyć te działania, zostały zaproponowane jako udziały różnych stron. Działania i środki oparte są na przykładach skutecznych sposobów przezwyciężania barier w dostępie do świadczeń opisanych w *Światowym Raporcie o Niepełnosprawności* i opierają się na pracach merytorycznych Sekretariatu, w celu poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Istotne jest, aby kraje dostosowywały swoje działania do własnych specyficznych warunków.

19. Ponieważ niepełnosprawność jest obecnie zagadnieniem interdyscyplinarnym, realizacja planu działania będzie wymagać silnego zaangażowania,

<sup>8</sup> Rehabilitacja środowiskowa oferuje metodologię operacyjną w celu realizacji praw człowieka i celów rozwoju na szczeblu środowiskowym, na podstawie kompleksowego podejścia wielosektorowego, które może pomóc osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom.

zapewnienia środków i działań od szerokiej grupy partnerów międzynarodowych, regionalnych i krajowych oraz rozwoju i wzmocnienia sieci regionalnych i globalnych. Najważniejszą rolę odgrywają rządy krajowe i lokalne, ale także inne podmioty, w tym organizacje systemu Narodów Zjednoczonych, organizacje rozwojowe, organizacje osób niepełnosprawnych, świadczeniodawcy, w tym organizacje pozarządowe i wyznaniowe, instytucje naukowe, sektor prywatny, wspólnoty, osoby niepełnosprawne i ich rodziny. Plan ten uznaje także istotny wkład opiekunów formalnych i nieformalnych w celu wspierania osób niepełnosprawnych i szczególnych wymagań wsparcia, którego potrzebują, aby tę rolę spełnić.

20. Powodzenie realizacji planu zależy będzie od skutecznego podejścia wielosektorowego, z praktycznymi mechanizmami koordynacji i implementacji między właściwymi ministerstwami i służbami odpowiedzialnymi za zapewnienie świadczeń z zakresu zdrowia, rehabilitacji i związanych z nimi świadczeń dla osób niepełnosprawnych. Odpowiednie obszary rządzenia obejmują zdrowie, świadczenia dla osób niepełnosprawnych, ochronę socjalną, świadczenia opieki społecznej i środowiskowej, finansowanie, infrastrukturę, transport, komunikację, pracę i edukację. Skuteczna koordynacja jest niezbędna, ale każde ministerstwo, departament, agencja są przede wszystkim odpowiedzialne za zapewnienie, że ich główne obszary działań są dostępne dla i odpowiadają na potrzeby osób niepełnosprawnych.

21. Jednym ze sposobów ułatwienia współpracy wielosektorowej jest droga poprzez rehabilitację środowiskową. Działalność ta ewoluowała w kierunku strategii wielosektorowej, która oferuje praktyczne wytyczne, jak połączyć i zwiększyć dostępność głównych świadczeń w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom dostępu do edukacji, zatrudnienia, opieki zdrowotnej i społecznej. Jest ona wdrażana dzięki połączonym wysiłkom osób niepełnosprawnych, ich rodzin, organizacji i społeczności oraz odpowiednich świadczeń w zakresie zdrowia, edukacji, usług zawodowych, społecznych i innych, świadczonych przez podmioty rządowe i pozarządowe. Rozwiązania te są obecnie stosowane w ponad 90. krajach w zakresie rehabilitacji, wyrównywania szans, ograniczania ubóstwa oraz integracji społecznej osób niepełnosprawnych.

22. Plan działania uwzględnia znaczne zróżnicowanie kontekstów i poziomów zaawansowania państw i regionów w ich wysiłkach na rzecz zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych i dostarczania odpowiednich programów oraz wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Plan ma na celu zapewnienie struktury i wytycznych, ale nie może być rozwiązaniem uniwersalnym dla wszystkich. Działania zmierzające do osiągnięcia celów w nim zawartych powinny być dostosowane do istniejących regionalnych i krajowych zobowiązań, polityk, planów i celów.

## **MONITOROWANIE POSTĘPÓW W OSIĄGANIU CELÓW PLANU DZIAŁANIA**

23. Wskaźniki sukcesu określone dla każdego celu mogą zostać wykorzystane do monitorowania i mierzenia postępów w osiągnięciu celu głównego planu. Bazowe dane i cele planu zostaną uzgodnione po jego zatwierdzeniu. Biorąc pod uwagę, że będą one dobrowolne i globalne, nie oczekuje się, aby każde Państwo Członkowskie osiągnęło wszystkie konkretne cele, ale może ono przyczynić się w różnym stopniu do ich realizacji. Jak wskazano w działaniach dla Celu 3, Sekretariat zapewni doradztwo, szkolenie i wsparcie merytoryczne dla Państw Członkowskich, po zgłoszeniu takiej potrzeby, w celu poprawy analizy danych dotyczących niepełnosprawności i korzystania z nich w sposób efektywny i opłacalny. Zaleca się monitorowanie i raportowanie organom rządowym o postępach realizacji tego planu działania w połowie okresu (2017) i w ostatnim roku (2021).

### **CEL 1: USUWANIE BARIER I POPRAWA DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ I PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH**

24. Zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa. Konstytucja WHO sankcjonuje korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jako podstawowego prawa każdej istoty ludzkiej. Prawo do zdrowia obejmuje dostęp do terminowej, akceptowalnej i osiągalnej finansowo opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości. Promowanie prawa do zdrowia wymaga również od Państw Członkowskich stworzenia warunków, w których każda osoba może cieszyć się z możliwie najlepszego osiągalnego stanu zdrowia, a świadczenia zdrowotne powinny być dostarczone na podstawie wolnej i świadomej zgody.

25. Niepełnosprawność jest bardzo zróżnicowana. Nawet, jeśli niektóre stany zdrowotne powiązane z niepełnosprawnością wiążą się z koniecznością intensywnej opieki medycznej, a inne nie, wszystkie osoby niepełnosprawne mają takie same ogólne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia jak wszyscy, a zatem wymagają dostępu do podstawowych usług zdrowotnych. U osób niepełnosprawnych może wystąpić większa podatność na wtórne stany chorobowe, których można uniknąć, choroby współistniejące i choroby związane z wiekiem oraz mogą wymagać specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Czasami są one poddawane leczeniu lub działaniom profilaktycznym bez ich zgody. Niektóre badania wykazały również, że niektóre grupy osób niepełnosprawnych wykazują bardziej ryzykowne zachowania, takie jak palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta i brak aktywności fizycznej. Są one również bardziej narażone na przemoc niż osoby sprawne i mają wyższe ryzyko doznania obrażeń w wyniku wypadków drogowych, oparzeń lub upadków. Na przykład dzieci niepełnosprawne są trzy do czterech razy bardziej narażone na przemoc. Dzieci z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami

intelektualnymi wydają się być najbardziej narażone, a ryzyko wystąpienia przemocy seksualnej jest u nich 4,6-krotnie wyższe niż w przypadku ich sprawnych rówieśników.

26. Nagłe wypadki mogą nie tylko powodować niepełnosprawność, ale również zwiększać podatność na nie osób niepełnosprawnych, których podstawowe i specyficzne potrzeby są często ignorowane lub pomijane w procesie zarządzania ryzykiem w sytuacjach kryzysowych. Potrzeby te często nie są określone ani przed, ani w trakcie, ani po sytuacji kryzysowej. Osoby niepełnosprawne rzadko biorą udział w konsultacjach lub są reprezentowane w procesie opracowywania polityki i programów zarządzania w sytuacjach kryzysowych.

27. Dobry stan zdrowia pozwala na aktywność w szerokim zakresie, w tym edukacji i zatrudnieniu. Jednak dane wskazują, że osoby niepełnosprawne, w całym cyklu życia, nie mają równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, ich niezaspokojone potrzeby w zakresie ochrony zdrowia są większe i mają gorszy stan zdrowia w porównaniu do populacji ogólnej. Systemy ochrony zdrowia często nie odpowiadają należycie zarówno na ogólne, jak i szczególne potrzeby zdrowotne osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne napotykać szereg barier wynikających z postawy oraz barier fizycznych i systemowych, gdy próbują uzyskać dostęp do opieki zdrowotnej. Analiza *World Health Survey* pokazuje, że mężczyźni i kobiety niepełnosprawne dwa razy częściej uważają jednostki ochrony zdrowia i umiejętności świadczeniodawców za nieadekwatne, trzy razy częściej odmawia się im dostępu do opieki zdrowotnej i czterokrotnie częściej mogą być gorzej traktowani w systemie opieki zdrowotnej, w porównaniu do osób sprawnych. Połowa osób niepełnosprawnych nie może sobie pozwolić na wymaganą opiekę zdrowotną i o 50% częściej niż osoby w pełni sprawne cierpią z powodu wydatków katastrofalnych na zdrowie<sup>9</sup>.

28. Bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych obejmują: bariery architektoniczne w jednostkach opieki zdrowotnej, bariery związane ze sprzętem medycznym lub transportem, brak odpowiedniej wiedzy i umiejętności u pracowników służby zdrowia, błędne przekonania na temat zdrowia osób niepełnosprawnych, co prowadzi do założenia, że osoby niepełnosprawne nie wymagają dostępu do promocji zdrowia, świadczeń i programów profilaktycznych, brak szacunku lub negatywne postawy i zachowania wobec osób niepełnosprawnych, bariery informacyjne i trudności komunikacyjne oraz niewystarczające informacje dla osób niepełnosprawnych dotyczące ich prawa do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Mimo że zarówno mężczyźni, jak i kobiety napotykać bariery

<sup>9</sup> Kiedy dane osoby muszą uiścić opłaty oraz dopłaty do opieki zdrowotnej, kwota ta może być tak wysoka w stosunku do dochodów, że prowadzi to do „katastrofy finansowej” dla osoby lub gospodarstwa domowego. WHO zaproponowała, że wydatki na zdrowie postrzegane mogą być jako katastrofalne, gdy są one większe lub równe 40% dochodu rozporządzalnego w gospodarstwie domowym, czyli dochodu dostępnego po zaspokojeniu podstawowych potrzeb.

w dostępie do ochrony zdrowia, to mężczyźni rzadziej niż kobiety uważają, że oni lub ich dzieci są na tyle chorzy, że wymagają świadczeń zdrowotnych i wiedzą, gdzie uzyskać dostęp do tych świadczeń. Mężczyźni zgłaszają także większe trudności w dostępie do finansowania opieki zdrowotnej.

29. Artykuł 25 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych wzmacnia prawa osób niepełnosprawnych do korzystania z najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Artykuł 9 (Dostępność) określa środki, które należy podjąć w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu na równych zasadach z innymi osobami, do fizycznego dostępu do środowiska, transportu, informacji i komunikacji (w tym technologii i systemów informacyjnych i komunikacyjnych) oraz innych ułatwień i usług oferowanych całemu społeczeństwu zarówno przez państwa, jak i podmioty niepaństwowe, tak na obszarach miejskich, jak i wiejskich. Środki te obejmują identyfikację i eliminację przeszkód i barier w zakresie dostępności, w odniesieniu do budynków, dróg, transportu oraz innych ośrodków wewnątrz i na zewnątrz (w tym ośrodków medycznych), a także informacji, komunikacji oraz innych usług (w tym usług elektronicznych i bezpieczeństwa). Ze względu na różnorodność świadczeniobiorców świadczeń zdrowotnych, ważne jest zapewnienie, że produkty, środowiska, programy i usługi mają być użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania.

30. Nierówności w stanie zdrowia zostaną zmniejszone poprzez zmianę istniejących systemów opieki zdrowotnej na bardziej włączające i tworzenie programów w zakresie zdrowia publicznego (w tym: zdrowego stylu życia, promujących lepsze diety i wspierającego aktywność fizyczną), dostępne dla osób niepełnosprawnych w trakcie całego życia. Biorąc pod uwagę, że wiele czynników ogranicza dostęp do świadczeń zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych, potrzebne są działania w zakresie wszystkich elementów systemów opieki zdrowotnej, w tym poprawa zarządzania i zwiększenie poziomu świadomości, wiedzy i danych w dziedzinie zdrowia i powiązanych ministerstw, aby lepiej rozważyć zagadnienie niepełnosprawności i zwiększyć dostępność do świadczeń. Zaleca się utrzymanie zdefiniowanych na szczeblu krajowym poziomów<sup>10</sup> zabezpieczenia społecznego, zawierających podstawowe gwarancje bezpieczeństwa socjalnego, które zapewniają powszechny dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwa przychodów, przynajmniej na określonym minimum krajowym. Krajowa polityka zdrowotna musi oficjalnie potwierdzić, że niektóre grupy osób niepełnosprawnych doświadczają nierówności w zdrowiu, a potwierdzenie to będzie istotnym krokiem w kierunku ich zmniejszenia oraz do podjęcia zobowiązania do współpracy i skoordynowanego podejścia wśród pracowników ochrony

<sup>10</sup> Zalecenie Międzynarodowej Organizacji Pracy, Poziomu Ochrony Socjalnej, 2012 (nr 202): zalecenia dotyczące krajowych poziomów ochrony socjalnej, przyjęte 14 czerwca 2012

zdrowia. Rehabilitacja środowiskowa jest ważnym sposobem zapewnienia i poprawy koordynacji oraz dostępu do usług zdrowotnych, w szczególności na obszarach wiejskich i trudno dostępnych.

31. Skuteczne usuwanie barier i poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych wymaga udziału osób niepełnosprawnych, które je najlepiej identyfikują i doświadczają trudności z nimi związanych. Ważne jest zapewnienie, że informacje dotyczące zdrowia udzielane są w odpowiednio dostępnym formacie, a sposoby komunikacji spełniają wymagania osób niepełnosprawnych (jak na przykład język migowy). Niektóre osoby niepełnosprawne mogą również wymagać wsparcia w dochodzeniu swojego prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

<b>CEL 1: USUWANIE BARIER I POPRAWA DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ I PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH</b>		
<b>Wskaźniki rezultatu</b>	<b>Sposoby weryfikacji</b>	<b>Potwierdzenie skuteczności</b>
<b>1.1</b> X% państw posiada krajową politykę zdrowotną, która wyraźnie mówi, że osoby niepełnosprawne mają prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia	Dane zbierane za pomocą badań kluczowych respondentów w ministerstwach zdrowia i społeczeństwa obywatelskiego/organizacji osób niepełnosprawnych, administrowanych przez Sekretariat na początku badania oraz po 5. i 10. latach	Istnienie polityki zdrowotnej, zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych
<b>1.2</b> X% państw zabrania ubezpieczycielom zdrowotnym dyskryminowania wcześniej istniejącej niepełnosprawności	Badanie modelu niepełnosprawności (patrz: Cel 3) i inne badania krajowe niepełnosprawności i zdrowia	Zapewnienie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej
<b>1.3</b> Odsetek osób niepełnosprawnych, które mają dostęp do usług zdrowotnych, których potrzebują	przeprowadzone w ramach monitoringu ramowego i pomiar w celu zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej	
<b>1.4</b> X% gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi, jakie poniosły „katastrofalne wydatki” na usługi zdrowotne ze środków własnych		

<b>DZIAŁANIA – CEL 1</b>	<b>Proponowany udział Państw Członkowskich</b>	<b>Udział Sekretariatu</b>	<b>Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych</b>
<p><b>1.1</b> Opracowanie i/lub zmiana praw dotyczących zdrowia i niepełnosprawności, reforma polityki, strategii i planów dotyczących zgodności z zasadami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przegląd i zmiana istniejących polityk, na drodze eliminacji przepisów dyskryminujących, w celu pomocy w zapewnieniu lepszego dostępu i integracji osób niepełnosprawnych w zakresie zdrowia i innych sektorów</li> <li>• Mobilizacja sektora zdrowia w celu przyczynienia się do wielosektorowego rozwoju krajowych strategii i planów działań na rzecz niepełnosprawności, które zapewniają jasny podział odpowiedzialności i mechanizmów koordynacji, monitoringu i sprawozdawczości</li> <li>• Zapewnienie wsparcia sektora zdrowia do monitoringu i ewaluacji implementacji polityk zdrowotnych w celu zapewnienia zgodności z postanowieniami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych</li> <li>• Promowanie świadczeń zdrowotnych skoncentrowanych na osobach i aktywne zaangażowanie mężczyzn, kobiet, chłopców i dziewcząt niepełnosprawnych oraz organizacji osób niepełnosprawnych w całym procesie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego, opracowanie wytycznych dotyczących wzmacniania systemów ochrony zdrowia włączających niepełnosprawność w celu osiągnięcia powszechnego dostępu</li> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i budowanie potencjału w obrębie ministerstw zdrowia oraz innych odpowiednich sektorów w celu tworzenia, wdrażania i monitoringu przepisów prawnych, polityk, strategii i planów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Możliwości wsparcia dla wymiany skutecznych strategii promowania zdrowia osób niepełnosprawnych</li> <li>• Uczestnictwo właściwych organów krajowych, w tym organizacji osób niepełnosprawnych i organizacji pozarządowych, w reformowaniu przepisów prawnych dotyczących zdrowia i niepełnosprawności, polityk, strategii i planów</li> </ul>
<p><b>1.2</b> Rozwój przywództwa i zarządzania dla zdrowia włączającego niepełnosprawność</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wyznaczenie jednostek odpowiedzialnych za zakres niepełnosprawności w ministerstwach zdrowia oraz sformułowanie wewnętrznych planów działania, które wspierają integrację i dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych</li> <li>• Zapewnienie udziału sektora opieki zdrowotnej w krajowych organach koordynujących na rzecz niepełnosprawności</li> <li>• Zapewnienie uczestnictwa organizacji osób niepełnosprawnych w kształtowaniu polityki zdrowotnej i procesów zapewniania jakości</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia dla Państw Członkowskich w celu budowania zdolności przywódczych; opracowanie i wdrożenie pakietu szkoleniowego na rzecz integracji osób niepełnosprawnych w sektorze opieki zdrowotnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia dla ministerstw zdrowia do budowania ich zdolności przywódczych dla zapewnienia świadczeń zdrowotnych włączających niepełnosprawność (Artykuł 32 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych)</li> <li>• Budowanie potencjału dla organizacji osób niepełnosprawnych do aktywnego uczestnictwa w zarządzaniu służbą zdrowia</li> </ul>

DZIAŁANIA – CEL 1	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prowadzenie warsztatów regionalnych, zintegrowanych z trwającymi/powiązanyymi inicjatywami dla pracowników ministerstw zdrowia, polityków i przedstawicieli organizacji osób niepełnosprawnych na temat powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i równości doświadczenia poszczególnych państw</li> </ul>	
<p><b>1.3</b> Usuwanie barier w zakresie finansowania i dostępności finansowej poprzez opcje i środki w celu zapewnienia, że osoby niepełnosprawne mogą otrzymać i pozwolić sobie na opiekę zdrowotną bez ponoszenia ekstremalnych i „katastrofalnych wydatków” ze środków własnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przeznaczenie odpowiednich środków w celu zapewnienia realizacji komponentów zdrowotnych krajowej strategii na rzecz niepełnosprawności i planu działania</li> <li>• Zapewnienie, że systemy finansowania dla krajowej opieki zdrowotnej obejmują minimalne pakiety i środki ochrony przed ubóstwem i środki ochrony socjalnej, których celem jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych i że informacje o programach dotrą do osób niepełnosprawnych</li> <li>• Zmniejszenie lub eliminacja wydatków ze środków własnych osób niepełnosprawnych, które nie mają możliwości finansowania opieki zdrowotnej</li> <li>• Promowanie wielosektorowego podejścia dla poznania kosztów pośrednich związanych z dostępem do opieki zdrowotnej (m.in. transportu)</li> <li>• W przypadku, gdy istnieje prywatne ubezpieczenie zdrowotne, zapewnienie, że jest ono dostępne cenowo i osiągalne dla osób niepełnosprawnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie państwom pomocy merytorycznej na rzecz rozwoju środków finansowych w zakresie opieki zdrowotnej, które zwiększają dostęp i przystępność</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i finansowego dla Państw Członkowskich, tak aby osoby niepełnosprawne miały możliwość uzyskania dostępu do głównego nurtu opieki zdrowotnej</li> <li>• Zapewnienie wytycznych dla Państw Członkowskich w ustanawianiu i utrzymywaniu zdefiniowanych krajowo poziomów zabezpieczenia społecznego</li> <li>• Wspieranie osób niepełnosprawnych w dostępie do informacji na temat możliwości finansowania opieki zdrowotnej</li> </ul>



DZIAŁANIA – CEL 1	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
<p><b>1.4</b> Usuwanie barier w zakresie zapewnienia świadczeń (w tym utrudnienia w dostępie fizycznym, dostępie do informacji, komunikacji oraz koordynacji) we wszystkich programach opieki zdrowotnej, w tym dotyczących życia seksualnego i prokreacji, promocji zdrowia i innych inicjatyw w dziedzinie zdrowia publicznego w oparciu o dane statystyczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przyjęcie krajowych standardów dostępności (zgodnie z zasadami powszechności) i zapewnienie ich przestrzegania w głównych ośrodkach ochrony zdrowia</li> <li>• Zapewnienie szerokiego zakresu racjonalnych środków przystosowania pokonania barier w dostępie do podstawowych świadczeń zdrowotnych, w tym zmian strukturalnych w infrastrukturze, w standardach projektowania, przystosowanie do systemów wizyt lekarskich, alternatywnych modeli świadczenia usług oraz przekazywania informacji w odpowiednich formatach, takich jak język migowy, alfabet Braille’a, duży druk, Łatwe Czytanie (<i>Easy Read</i>), informacje obrazkowe</li> <li>• Wspieranie mechanizmów w celu poprawy ciągłości opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym w całym cyklu życia, w tym: planowanie wypisów, multidyscyplinarna praca zespołowa, rozwój ścieżek skierowań i katalogów świadczeń</li> <li>Promocja i ułatwienie dostępu do głównych krajowych i lokalnych inicjatyw na rzecz zdrowia publicznego, które promują i chronią zdrowie</li> <li>• Wspieranie włączenia poprzez programy opieki zdrowotnej w oparciu o rehabilitację środowiskową</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspieranie identyfikacji barier w zakresie poszczególnych świadczeń dzięki pomocy merytorycznej w zbieraniu danych z uwzględnieniem niepełnosprawności dotyczących korzystania ze świadczeń</li> <li>• Rozwój zasobów zwiększenia dostępności zakładów opieki zdrowotnej</li> <li>• Zapewnienie technicznych wytycznych dotyczących wspierania integracji osób niepełnosprawnych w polityce zdrowia publicznego, strategiach i programach</li> <li>• Promocja budowania potencjału programów rehabilitacji środowiskowej, w szczególności w obszarach związanych ze zdrowiem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wsparcie grup użytkowników badających dostępności w celu identyfikacji barier, które mogą uniemożliwić osobom niepełnosprawnym dostęp do świadczeń zdrowotnych</li> <li>• Finansowanie programów pilotażowych, które mają na celu wykazanie korzyści z włączenia osób niepełnosprawnych</li> <li>• Wzmocnienie pozycji osób niepełnosprawnych, w celu zoptymalizowania ich zdrowia poprzez dostarczenie informacji, szkolenia i wzajemne wsparcie</li> <li>• Wspieranie rozwoju programów rehabilitacji środowiskowej</li> </ul>

<b>DZIAŁANIA – CEL 1</b>	<b>Proponowany udział Państw Członkowskich</b>	<b>Udział Sekretariatu</b>	<b>Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych</b>
<p><b>1.5</b> Przewyciężenie szczególnych wyzwań dla jakości opieki zdrowotnej doświadczanych przez osoby niepełnosprawne, w tym wiedzy pracowników służby zdrowia, postaw i praktyk, a także udziału osób niepełnosprawnych w podejmowaniu decyzji, które bezpośrednio ich dotyczą</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promowanie lepszego rozumienia, wiedzy i pozytywnego postrzegania osób niepełnosprawnych poprzez ukierunkowaną komunikację i kampanie mediów społecznych, opracowanych we współpracy z organizacjami osób niepełnosprawnych</li> <li>• Wspieranie edukacji i szkoleń poprzez promowanie i zachęcanie do włączenia niepełnosprawności do programów studiów i odpowiedniego kształcenia ustawicznego dla świadczeniodawców</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budowanie zrozumienia i promowanie znaczenia włączenia niepełnosprawności (w tym praw) w programy nauczania szkół medycznych i pielęgniarskich oraz innych instytucji związanych z opieką zdrowotną</li> <li>• Zaprojektowanie modelu programów nauczania o niepełnosprawności dla personelu pracującego w służbie zdrowia, rehabilitacji i habilitacji</li> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego dla Państw Członkowskich w zakresie wdrażania modelowych programów nauczania niepełnosprawności i zdrowia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integracja edukacji na temat zdrowia i praw człowieka osób niepełnosprawnych do studiów licencjackich i kształcenia ustawicznego dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia</li> <li>• Zapewnienie, że osoby niepełnosprawne są zaangażowane jako osoby kształcące i szkolące w stosownych przypadkach</li> <li>• Prowadzenie szkoleń i wsparcia dla pracowników społecznych i nieformalnych opiekunów, którzy pomagają osobom niepełnosprawnym w uzyskaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych</li> <li>• Zapewnienie możliwości osobom niepełnosprawnym do rozwijania umiejętności samorzecznictwa, aby skutecznie rozwiązywać konkretne problemy w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych</li> </ul>
<p><b>1.6</b> Wyjście naprzeciw specyficznym potrzebom osób niepełnosprawnych we wszystkich aspektach zarządzania ryzykiem zagrożenia zdrowia, w tym w zakresie zapobiegania sytuacjom kryzysowym, przygotowanie na reagowanie i odbudowy w sytuacjach kryzysowych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integracja niepełnosprawności z polityką zarządzania ryzykiem zagrożenia zdrowia, ocenami, planami i programami</li> <li>• Włączenie działań w zakresie zarządzania ryzykiem w nagłych wypadkach w politykach dotyczących niepełnosprawności, świadczeniach i programach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie merytorycznych wskazań i pomocy w celu wzmocnienia zdolności do radzenia sobie z niepełnosprawnością w sytuacjach kryzysowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integracja niepełnosprawności z zarządzaniem w sytuacjach kryzysowych w zakresie globalnych, regionalnych oraz wielosektorowych, krajowych ram polityki zdrowotnej oraz for</li> <li>• Włączenie niepełnosprawności do oceny ryzyka w sytuacjach kryzysowych oraz zapewnienie miejsca dla niepełnosprawności w świadczeniach zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych i w okresie odbudowy</li> </ul>

**CEL 2: WZMOCNIENIE I ROZWÓJ REHABILITACJI, HABILITACJI, TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH, POMOCY I ŚWIADCZEŃ WSPIERAJĄCYCH ORAZ REHABILITACJI ŚRODOWISKOWEJ**

32. Nie wszystkie osoby niepełnosprawne wymagają habilitacji, rehabilitacji, technologii wspomagających, pomocy i wsparcia czy rehabilitacji środowiskowej, ale wiele z nich tego potrzebuje. Dostęp do różnych świadczeń i technologii jest często warunkiem koniecznym dla osób niepełnosprawnych, aby być zdolnym do pracy, uczestniczyć w życiu społecznym i mieć dostęp do opieki zdrowotnej, a dla niepełnosprawnych dzieci i młodzieży do uczęszczania do szkoły. Umożliwienie jednostce udziału i bycia włączonym do społeczności jest przedmiotem takich świadczeń.

33. Artykuł 26 (Habilitacja i rehabilitacja) Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych nakreśla potrzebę Państw-Stron do podjęcia odpowiednich działań w celu zorganizowania, wzmocnienia i rozszerzenia świadczeń i programów habilitacji i rehabilitacji w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i świadczeń socjalnych. Artykuł 26 stanowi również, że Państwa-Strony będą promować dostępność, znajomość i korzystanie z urządzeń i technologii wspomagających, zaprojektowanych dla osób niepełnosprawnych, w zakresie habilitacji i rehabilitacji. Ponadto, Artykuł 4 (Zobowiązania ogólne), Artykuł 20 (Mobilność) i Artykuł 32 (Współpraca międzynarodowa) nakładają na Państwa Członkowskie i społeczność międzynarodową obowiązek inwestowania środków pieniężnych w ułatwianie dostępu do wysokiej jakości technologii wspomagających, na przykład poprzez ich udostępnianie po przystępnej cenie.

34. Habilitacja i rehabilitacja może zmniejszyć wpływ szeregu stanów zdrowotnych (takich jak choroby i urazy). Te dwa działania określone są w *Światowym Raporcie o Niepełnosprawności* jako zestawy środków, które pomagają osobom niepełnosprawnym lub w przypadku których istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia niepełnosprawności, w osiągnięciu i utrzymaniu optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem. Obejmując opiekę medyczną, leczenie i technologie wspomagające, takie środki powinny zostać wdrożone jak najszybciej i powinny być dostępne jak najbliżej miejsca, w którym żyją osoby niepełnosprawne.

35. Technologie wspomagające szybko się zmieniają i obejmują dowolny element, sprzęt lub produkt, niezależnie od tego czy jest uzyskany komercyjnie, zmodyfikowany lub dostosowany, a który jest wykorzystywany do zwiększenia, utrzymania lub poprawienia możliwości funkcjonalnych osoby niepełnosprawnej. Technologie wspomagające obejmują okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, aparaty wspomagające i aparaty alternatywnej komunikacji, balkoniki, wózki inwalidzkie i protezy, takie jak sztuczne kończyny. Obejmują również technologie informacyjne i komunikacyjne, takie jak komputery, oprogramowanie czytające zawartość ekranu i dostosowane telefony. Technologie wspomagające odgrywają

znaczącą rolę w umożliwieniu osobom niepełnosprawnym funkcjonowania i uczestnictwa.

36. Świadczenia pomocy i wsparcia umożliwiają osobom niepełnosprawnym podjęcie czynności codziennych i uczestnictwo w ich społeczności. Świadczenia te, zwykle wykonywane przez członków rodziny i sieci społeczne, jak również w postaci formalnej, obejmują wsparcie osobiste, niezależne świadczenia bytowe, świadczenia tymczasowe, interpretację języka migowego, zatrudnienie i wspieranie edukacji oraz informacji i poradnictwa.

37. Programy rehabilitacji środowiskowej mogą zapewnić rehabilitację, technologie wspomagające oraz świadczenia wsparcia w państwach o ograniczonych zasobach finansowych i wzmocnić pozycję osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Wytyczne WHO na ten temat proponują praktyczne sugestie, w jaki sposób budować więzi oraz wzmocnić potencjał podstawowych świadczeń i ułatwić dostęp do konkretnych świadczeń<sup>11</sup>.

38. Inwestowanie w habilitację i rehabilitację oraz świadczenia technologii wspomagających jest korzystne, ponieważ buduje ono potencjał ludzki i może być pomocne w umożliwieniu osobom z ograniczeniami funkcjonowania, pozostanie w lub powrót do domu lub społeczności, samodzielne życie i uczestnictwo w edukacji, na rynku pracy i w życiu społecznym. Ponadto, mogą zmniejszyć zapotrzebowanie na formalne świadczenia wsparcia, a także skrócić czasowe i fizyczne obciążenie dla opiekunów.

39. Brak jest globalnych danych dotyczących zapotrzebowania na świadczenia habilitacji, rehabilitacji, technologii wspomagających i świadczeń wsparcia i pomocy, rodzaju i jakości dostarczonych środków czy niezaspokojonych potrzeb. Jednak dane na poziomie krajowym ujawniają duże różnice w zakresie podaży i dostępu do świadczeń w wielu krajach o niskich i średnich dochodach. Przykładowo, dane z czterech państw z południa Afryki pokazują, że jedynie pomiędzy 26% a 55% osób otrzymało potrzebne świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej. Produkcja aparatów słuchowych rocznie pokrywa obecnie mniej niż 10% światowego zapotrzebowania, a mniej niż 3% zapotrzebowania w krajach rozwijających się. Zapotrzebowanie na usługi może być zwiększone przez czynniki środowiskowe, takie jak kłęski żywiołowe i konflikty.

40. Istnieją znaczące bariery w zakresie podaży świadczeń habilitacji, rehabilitacji, technologii wspomagających oraz świadczeń wsparcia i pomocy, obejmujące braki priorytetów, brak polityki i planów, wysokie koszty i nieistniejące lub nieodpowiednie mechanizmy finansowania, niewystarczającą liczbę odpowiednio wykwalifikowanych specjalistów, brak urzędów i sprzętu, nieefektywne modele usług oraz brak integracji i decentralizacja usług (na przykład świadczenie usług rehabilitacyjnych i habilitacyjnych w ramach podstawowej i specjalistycznej

<sup>11</sup> Rehabilitacja środowiskowa, Wytyczne CBR, Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia, 2010

opieki zdrowotnej). Główne ośrodki rehabilitacyjne i habilitacyjne znajdują się zwykle na obszarach miejskich; natomiast na obszarach wiejskich nawet podstawowe świadczenia terapeutyczne często nie są dostępne. Podróż do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych ośrodków rehabilitacji i habilitacji może być kosztowna i czasochłonna, a transport publiczny często nie jest przystosowany dla osób mających trudności z poruszaniem się. Kobiety mogą doświadczyć dodatkowych trudności w podróży do ośrodków opieki zdrowotnej. Brak badań i danych na temat potrzeb, niezaspokojonych potrzeb, rodzaju i jakości świadczonych usług, kosztów i korzyści ogranicza również rozwój efektywnych świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych. Ponadto, brak jest wystarczających konsultacji z udziałem osób niepełnosprawnych i ich zaangażowania w zakresie dostarczania świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych.

41. Habilitacja i rehabilitacja stanowią działania międzysektorowe i mogą być świadczone przez pracowników ochrony zdrowia, w połączeniu ze specjalistami w dziedzinie edukacji, zatrudnienia, opieki społecznej i innych dziedzin. W ośrodkach o ograniczonych zasobach świadczenia te mogą być udzielane przez niewyspecjalizowanych pracowników, takich jak pracownicy rehabilitacji środowiskowej i dodatkowo przez rodzinę, przyjaciół i grupy samopomocy. Chociaż ministerstwa zdrowia będą odgrywać kluczową rolę w zapewnieniu dostępu do odpowiednich, terminowych, przystępnych cenowo i wysokiej jakości świadczeń, ważne jest, aby uznać i wyrazić konieczność współpracy z innymi ministerstwami, takimi jak polityki społecznej (które może dostarczyć urządzenia wspomagające lub dofinansowanie do świadczeń i sprzętu), pracy (na świadczenie rehabilitacji zawodowej) i edukacji (na szkolenie personelu). Podmioty pozarządowe, w tym organizacje religijne i firmy prywatne, często w znacznym stopniu przyczyniają się do dostarczania świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych. Rządy odgrywają ważną rolę w określaniu mechanizmu, dzięki któremu świadczenia te mogą być koordynowane i regulowane między różnymi sektorami i partnerami.

42. Habilitacja i rehabilitacja to działania dobrowolne, chociaż niektóre osoby mogą wymagać wsparcia w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru leczenia. We wszystkich przypadkach habilitacja, rehabilitacja, świadczenia wsparcia i pomocy oraz rehabilitacja środowiskowa powinny wspierać osoby niepełnosprawne i członków ich rodzin. Aktywny udział i podejmowanie decyzji przez osoby niepełnosprawne i rodziny dzieci niepełnosprawnych stanowią integralną część sukcesu habilitacji, rehabilitacji oraz świadczeń wsparcia i pomocy.

<b>CEL 2: WZMOCNIENIE I ROZWÓJ REHABILITACJI, HABILITACJI, TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH, ŚWIADCZEŃ WSPARCIA I POMOCY ORAZ REHABILITACJI ŚRODOWISKOWEJ</b>		
<b>Wskaźniki rezultatu</b>	<b>Sposoby weryfikacji</b>	<b>Potwierdzenie skuteczności</b>
<p><b>2.1</b> X% państw posiada polityki krajowe dotyczące habilitacji, rehabilitacji i świadczeń lub programów środowiskowych dotyczących osób niepełnosprawnych</p> <p><b>2.2</b> Liczba absolwentów placówek oświatowych na 10 000 mieszkańców – według poziomu i zakresu edukacji (na przykład medycyny rehabilitacji, fizykoterapii, terapii zajęciowej, protetyki i ortotyki)</p> <p><b>2.3</b> Odsetek ludności objętej rehabilitacją środowiskową lub innymi świadczeniami środowiskowymi</p> <p><b>2.4</b> Odsetek osób niepełnosprawnych, które otrzymują potrzebne technologie wspomagające (na przykład aparaty słuchowe, okulary korekcyjne, protezy i/lub ortozy)</p>	<p>Korzystanie przez organizacje zawodowe z Międzynarodowej Standaryzowanej Klasyfikacji Zawodów i z wyników badań</p> <p>Dane zbierane za pomocą badań kluczowych respondentów w ministerstwach zdrowia i społeczeństwa obywatelskiego/organizacji osób niepełnosprawnych, administrowanych przez Sekretariat na początku badania oraz po 5. i 10. latach (wskaźnik 2.3)</p> <p>Zastosowanie badań niepełnosprawności, takich jak badania modelu niepełnosprawności WHO (wskaźnik 2.4)</p>	<p>Istnienie ustawodawstwa, polityki i rozporządzeń dla habilitacji, rehabilitacji i świadczeń środowiskowych, zgodnie z zasadami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych</p>

<b>DZIAŁANIA – CEL 2</b>	<b>Proponowany udział Państw Członkowskich</b>	<b>Udział Sekretariatu</b>	<b>Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych</b>
<p><b>2.1</b> Zapewnienie przywództwa i zarządzania dla rozwoju i wzmocnienia polityk, strategii i planów dotyczących habilitacji, rehabilitacji, technologii wspomagających, świadczeń wsparcia i pomocy, rehabilitacji środowiskowej i związanych z nimi strategii</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opracowanie i zmiana przepisów, zasad, standardów i mechanizmów regulacyjnych dla habilitacji, rehabilitacji, technologii wspomagających, wsparcia społeczności i świadczeń wsparcia i pomocy, rehabilitacji środowiskowej i związanych z nimi strategii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapewnienie wytycznych merytorycznych; ukończenie i rozpowszechnianie wytycznych opartych na dowodach dotyczących rehabilitacji zdrowotnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bezpośrednie uczestnictwo w tworzeniu polityk, strategii i planów</li> <li>Zapewnienie udziału merytorycznego i wsparcia dla państw, które wprowadzają i rozwijają świadczenia rehabilitacyjne i habilitacyjne</li> </ul>

DZIAŁANIA – CEL 2	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie i zmiana przepisów, zasad, standardów i mechanizmów regulacyjnych dla habilitacji, rehabilitacji, technologii wspomagających, wsparcia społeczności i świadczeń wsparcia i pomocy, rehabilitacji środowiskowej i związanych z nimi strategii</li> <li>• Przeprowadzenie analizy sytuacji w celu zapewnienia informacji dla polityk i planowania</li> <li>• Podniesienie świadomości na temat rehabilitacji i habilitacji oraz opracowanie mechanizmów dla planowania, koordynacji i finansowania sektora krajowego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wytycznych merytorycznych i wsparcia w budowaniu potencjału w obrębie ministerstw zdrowia oraz innych odpowiednich sektorów w celu tworzenia, wdrażania i monitorowania przepisów, polityk, strategii i planów</li> <li>• Organizacja spotkań regionalnych na rzecz rozwoju i/lub wzmacniania regionalnych planów działania dotyczących rehabilitacji</li> <li>• Zapewnienie wsparcia dla analiz sytuacji krajowych i regionalnych, których wyniki mogą być wykorzystane w projektowaniu planów wzmocnienia dostarczania świadczeń</li> </ul>	
<p><b>2.2</b> Zapewnienie wymaganych środków finansowych w celu zapewnienia podaży odpowiednich świadczeń habilitacyjnych i rehabilitacyjnych oraz technologii wspomagających</p>	<p>Rozwijanie lub promowanie mechanizmów finansowania w celu zwiększenia zasięgu i dostępu do przystępnej habilitacji, rehabilitacji i świadczeń technologii wspomagających</p> <p>W zależności od specyficznych warunków danego państwa może to obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• finansowanie publiczne skierowane do osób niepełnosprawnych z pierwszeństwem dla podstawowych elementów rehabilitacji i habilitacji, w tym technologii wspomagających i do tych, których nie stać na jej opłacenie</li> <li>• promowanie sprawiedliwego dostępu do rehabilitacji poprzez ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenia społeczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie, we współpracy z innymi odpowiednimi agencjami, opartych na dowodach naukowych wytycznych dla ministerstw zdrowia, innych odpowiednich sektorów i zainteresowanych stron na temat odpowiednich mechanizmów finansowania rehabilitacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poparcie krajowego przywództwa dla zwiększenia środków przeznaczonych na rehabilitację</li> <li>• Zapewnienie wsparcia finansowego w ramach współpracy międzynarodowej, w tym w sytuacjach kryzysów humanitarnych</li> </ul>

DZIAŁANIA – CEL 2	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• realokacja i redystrybucja istniejących środków finansowych</li> <li>• zapewnienie wsparcia w ramach współpracy międzynarodowej, przykładowo w sytuacjach kryzysów humanitarnych</li> </ul>		
<p><b>2.3</b> Rozwój i utrzymanie kadry dla rehabilitacji i habilitacji w ramach poszerzonej strategii ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie i wdrożenie krajowych planów ochrony zdrowia, rehabilitacji i habilitacji w celu zwiększenia liczby i potencjału zasobów ludzkich – zarówno mężczyzn, jak i kobiet – dla rehabilitacji</li> <li>• Poprawa warunków pracy, wynagrodzenia oraz możliwości rozwoju kariery zawodowej w celu przyciągnięcia i utrzymania pracowników rehabilitacji i habilitacji</li> <li>• Opracowanie krajowych standardów w zakresie szkoleń dla różnych typów i poziomów pracowników rehabilitacji i habilitacji, które mogą umożliwić rozwój kariery i kształcenie ustawiczne na wszystkich poziomach</li> <li>• Szkolenie personelu opieki zdrowotnej w celu wczesnej identyfikacji, oceny i skierowania osób, które mogą skorzystać z rehabilitacji, habilitacji, wsparcia i świadczeń wsparcia i pomocy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wytycznych opartych na dowodach naukowych, dla ministerstw zdrowia i innych właściwych sektorów i podmiotów na rzecz rekrutacji, szkolenia i utrzymania personelu rehabilitacyjnego</li> <li>• Zapewnienie pomocy merytorycznej dla wsparcia ministerstw zdrowia, innych odpowiednich sektorów i zainteresowanych stron do rozwijania zdolności instytucji szkoleniowych oraz opracowania standardów kształcenia</li> <li>• Zaprojektowanie internetowego pakietu szkoleniowego dotyczącego rehabilitacji środowiskowej w celu wzmocnienia kadr rehabilitacyjnych, szczególnie na szczeblu środowiskowym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tworzenie standardów szkolenia przeznaczonych dla różnych typów i poziomów specjalistów w zakresie rehabilitacji</li> <li>• Budowanie możliwości szkoleniowych, zgodnie z krajowymi planami ochrony zdrowia, rehabilitacji i habilitacji</li> <li>• Wdrożenie działań na rzecz poprawy rekrutacji i utrzymania specjalistów w zakresie rehabilitacji i habilitacji, zwłaszcza na obszarach wiejskich i trudno dostępnych</li> <li>• Szkolenie personelu opieki zdrowotnej bez specjalizacji z zakresu niepełnosprawności, rehabilitacji i habilitacji odpowiednio do pełnionych ról i obowiązków</li> </ul>



<b>DZIAŁANIA – CEL 2</b>	<b>Proponowany udział Państw Członkowskich</b>	<b>Udział Sekretariatu</b>	<b>Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych</b>
<p><b>2.4</b> Rozszerzenie i wzmocnienie usług rehabilitacyjnych i habilitacyjnych, zapewnienie integracji w całej ciągłości opieki, do podstawowej opieki zdrowotnej (obejmującej społeczność), opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego oraz równego dostępu do ośrodków wczesnej interwencji dla dzieci niepełnosprawnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przegląd istniejących programów oraz świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych, a także dokonanie niezbędnych zmian w celu zwiększenia zakresu, skuteczności i efektywności</li> <li>• Integracja świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych w ramach istniejącej infrastruktury opieki zdrowotnej, społecznej i edukacyjnej</li> <li>• Wykorzystanie rehabilitacji środowiskowej jako strategii uzupełniającej i wzmacniającej istniejące świadczenia rehabilitacji i habilitacji, w szczególności w państwach o ograniczonej dostępności</li> <li>• Stworzenie mechanizmów skutecznej koordynacji między różnymi świadczeniodawcami rehabilitacji i habilitacji oraz poziomami systemu opieki zdrowotnej</li> <li>• Praca z interesariuszami w celu zapewnienia dostępności usług dla dzieci niepełnosprawnych, koordynowanych między właściwymi organami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wsparcie państw w integracji świadczeń rehabilitacji i habilitacji w systemie ochrony zdrowia, koncentrując się na decentralizacji świadczeń na poziomie podstawowym/środowiskowym</li> <li>• Opracowanie odpowiednich narzędzi i pakietów szkoleniowych na rzecz rozwoju i umacniania świadczeń habilitacji i rehabilitacji, z uwzględnieniem dzieci</li> <li>• Zapewnienie wytycznych merytorycznych dla państw, które chcą rozwijać lub wzmacniać programy rehabilitacji środowiskowej</li> <li>• Wsparcie tworzenia globalnej bazy danych o rehabilitacji środowiskowej, aby wskazać, gdzie realizowane są programy i ustanowić odpowiednią sieć globalną w celu zapewnienia informacji, szkoleń i wsparcia dla programów zawartych w bazie danych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praca z ministerstwami zdrowia w celu rozwijania i wzmocnienia dostarczania świadczeń rehabilitacyjnych i habilitacyjnych, zgodnie z planami krajowymi</li> <li>• Promowanie rehabilitacji środowiskowej jako skutecznej strategii wspierania osób niepełnosprawnych i ułatwiania im dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych</li> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i finansowego, w celu zapewnienia dostarczenia wysokiej jakości programów rehabilitacji środowiskowej oraz utrzymania istniejących sieci na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym</li> <li>• Praca z zainteresowanymi stronami w celu ustalenia i usprawnienia systemów skierowań w celu zapewnienia dostępu osobom niepełnosprawnym, w całym cyklu życia, do trybów dostarczania potrzebnych świadczeń, na każdym poziomie systemu opieki zdrowotnej</li> </ul>

<b>DZIAŁANIA – CEL 2</b>	<b>Proponowany udział Państw Członkowskich</b>	<b>Udział Sekretariatu</b>	<b>Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych</b>
<p><b>2.5</b> Udostępnianie odpowiednich technologii wspomagających, które są bezpieczne, dobrej jakości i w przystępnej cenie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Włączenie świadczenia technologii wspomagających w zakres ochrony zdrowia, rehabilitacji, habilitacji i innych odpowiednich polityk sektorowych, strategii i planów oraz towarzyszącego niezbędnego wsparcia budżetowego</li> <li>• Zaprojektowanie szeregu mechanizmów i programów finansowania, takich jak systemy wypożyczania</li> <li>• Określenie standardów dla dostarczania technologii wspomagających</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przygotowanie i rozpowszechnianie wytycznych opartych na dowodach naukowych dotyczących świadczenia i korzystania z technologii wspomagających</li> <li>• Zapewnienie pomocy merytorycznej dla Państw Członkowskich w budowaniu potencjału do rozwoju i wzmacniania podaży i korzystania z technologii wspomagających</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i finansowego dla Państw Członkowskich w celu budowania potencjału do rozwoju i wzmacniania podaży technologii wspomagających</li> </ul>
<p><b>2.6</b> Promowanie dostępu do różnych świadczeń pomocy i wsparcia oraz wspieranie samodzielności i pełnej integracji w społeczeństwie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udział w opracowywaniu planów, które wzmacniają pomoc i wsparcie środowiskowe, w tym wystarczające zasoby ludzkie i finansowanie, gdy odpowiednie instytucje nie funkcjonują</li> <li>• Wzmocnienie powiązania systemów skierowań między usługami rehabilitacji i habilitacji oraz pomocy i wsparcia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspieranie i zapewnianie wytycznych merytorycznych dla przygotowania i wdrażania odpowiednich ram polityk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspieranie rozwoju ram polityk w celu zapewnienia efektywnego dostarczania świadczeń wsparcia i pomocy</li> <li>• Wsparcie krajowego przywództwa w identyfikacji i zabezpieczeniu zasobów merytorycznych i finansowych wymaganych dla świadczeń wsparcia i pomocy</li> <li>• Zapewnienie wkładu merytorycznego/wsparcia w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym i członkom ich rodzin i/lub nieformalnym opiekunom dostępu do wsparcia środowiskowego</li> </ul>

DZIAŁANIA – CEL 2	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
<p><b>2.7</b> Zaangażowanie, wspieranie i budowanie potencjału osób niepełnosprawnych i członków ich rodzin i/lub nieformalnych opiekunów w celu wspierania samodzielnego życia i pełnego włączenia do społeczności</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Włączenie osób niepełnosprawnych i członków ich rodzin i/lub nieformalnych opiekunów we wszystkie aspekty rozwoju i wzmocnienia świadczeń rehabilitacji, habilitacji, świadczeń wsparcia i pomocy</li> <li>• Współpraca z innymi sektorami poza sektorem zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniego wsparcia dla nieformalnych opiekunów, których większość stanowią kobiety</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promowanie świadomości i zrozumienia praw osób niepełnosprawnych i roli rodziny i/lub nieformalnych opiekunów</li> <li>• Utrzymanie i wzmacnianie partnerstwa z organizacjami i stowarzyszeniami reprezentującymi osoby niepełnosprawne i członków ich rodzin i/lub opiekunów nieformalnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Popieranie integracji osób niepełnosprawnych i członków ich rodzin i/lub opiekunów nieformalnych we wszystkich aspektach rozwoju i wzmacniania usług rehabilitacji i habilitacji</li> <li>• Popieranie znaczenia nieformalnych opiekunów w życiu osób niepełnosprawnych oraz znaczenia promowania ich zdrowia i dobrostanu</li> </ul>

### **CEL 3: WZMOCNIENIE ZBIERANIA ODPOWIEDNICH I PORÓWNYWALNYCH W SKALI MIĘDZYNARODOWEJ DANYCH W ZAKRESIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ WSPIERANIE BADAŃ NAD NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ZWIĄZANYCH Z NIĄ ŚWIADCZEŃ**

43. Dobrej jakości dane i badania niepełnosprawności są niezbędne dla zapewnienia podstaw dla polityki i programów oraz do efektywnej alokacji środków. Są one również ważne dla pogłębienia zrozumienia kwestii związanych z niepełnosprawnością i udanych sposobów likwidacji barier oraz zapewnienia osobom niepełnosprawnym uczestnictwa i współpracy na równych zasadach w społeczeństwie.

44. Istnieją jednak niewystarczająco dokładne i porównywalne, krajowe i globalne dane oraz badania związane z niepełnosprawnością i systemami opieki zdrowotnej. Zbierane są dane dotyczące umieralności, natomiast brakuje danych związanych z polityką na temat funkcjonowania i niepełnosprawności. Krajowe systemy gromadzenia danych, które mogą obejmować spisy, badania ludności i rejestry danych administracyjnych, często nie zbierają danych na temat niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne są często wykluczone z badań, w których poszukuje się dowodów naukowych odnośnie do wyników interwencji zdrowotnej. Brak dowodów jest istotną barierą w procesie podejmowania decyzji, co z kolei wpływa na dostęp do głównego nurtu opieki zdrowotnej i świadczeń specjalistycznych dla osób niepełnosprawnych.

45. Potrzebne do wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej dane obejmują: liczbę i stan zdrowia osób niepełnosprawnych, bariery społeczne i środowiskowe, w tym dyskryminację, wrażliwość systemów opieki zdrowotnej na potrzeby osób

niepełnosprawnych, korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby niepełnosprawne i zakres zarówno zaspokojonego, jak i niezaspokojonego zapotrzebowania na opiekę.

46. Na arenie międzynarodowej należy rozwijać, testować międzykulturowo i konsekwentnie stosować metodologie zbierania danych na temat niepełnosprawności. Wymagane są narzędzia do danych dysgregowanych odnoszących się do osób niepełnosprawnych. Dane muszą być ujednolicone i porównywalne w skali międzynarodowej, aby można było porównać i monitorować krajowy i międzynarodowy postęp polityk w zakresie niepełnosprawności i wdrożenia zasad Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

Na szczeblu krajowym, niepełnosprawność powinna być zawarta w systemie zbierania danych, a dane powinny być analizowane i wykorzystywane dla polityki i planowania. Definicje niepełnosprawności, na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, w tym Wersji dotyczącej Dzieci i Młodzieży, mogą umożliwić generowanie międzynarodowo porównywalnych danych. Włączenie modułu niepełnosprawności w istniejące badanie prób może być opłacalnym i efektywnym podejściem do generowania danych na temat osób z niepełnosprawnością. Badania dedykowane, takie jak modelowe badania niepełnosprawności przygotowywane przez Sekretariat, powinny zapewnić wyczerpujące informacje na temat cech osób niepełnosprawnych, które są istotne dla kształtowania polityki, takich jak rozpowszechnienie, warunki zdrowotne związane z niepełnosprawnością, wykorzystanie i zapotrzebowanie na świadczenia, jakość życia, możliwości i potrzeby rehabilitacyjne i habilitacyjne. Ważna jest dalsza dezagregacja tych danych, pod kątem płci, wieku, dochodów lub zawodu, dla wykazywania wzorów, trendów i innych informacji o „podgrupach” osób niepełnosprawnych. Gromadzenie danych administracyjnych może zapewnić szczegółowe informacje na temat użytkowników, typu, liczby i kosztów świadczeń.

47. Priorytetowe obszary badań zdrowotnych powinny być wybrane na podstawie specyfiki danego kraju i mogą obejmować pomiar niepełnosprawności i jego uwarunkowania, identyfikację barier w ochronie zdrowia, świadczenie usług rehabilitacyjnych, habilitacyjnych i technologii wspomagających oraz strategii ich przewycięzania, czynniki sukcesu dla promocji interwencji zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych, zapobieganie chorobom wtórnym, wczesne wykrywanie i kierowanie problemów zdrowotnych poprzez podstawową opiekę zdrowotną, związek między potrzebami rehabilitacyjnymi i habilitacyjnymi, otrzymaniem usług, skutkami zdrowotnymi (funkcjonowanie i jakość życia), jak i kosztami, modelami świadczenia usług, podejściem do rozwoju zasobów ludzkich i warunków finansowych oraz opłacalności działań rehabilitacyjnych, w tym programów rehabilitacji środowiskowej. Badania na temat niepełnosprawności powinny obejmować osoby niepełnosprawne, a programy badań powinny być

sporządzane przy aktywnym udziale osób niepełnosprawnych lub ich organizacji przedstawicielskich.

<b>CEL 3: WZMOCNIENIE ZBIERANIA ISTOTNYCH I PORÓWNYWALNYCH W SKALI MIĘDZYNARODOWEJ DANYCH W ZAKRESIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ WSPIERANIE BADAŃ NA TEMAT NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I POWIĄZANYCH USŁUG</b>		
<b>Wskaźniki rezultatu</b>	<b>Sposoby weryfikacji</b>	<b>Potwierdzenie skuteczności</b>
<b>3.1</b> X% państw, które zebrały kompleksowe informacje na temat niepełnosprawności <sup>12</sup>	Odpowiedzi rządu	Liczba państw z trafnym, niezawodnym narzędziem monitorowania dostarczającym międzynarodowych, porównywalnych danych na temat sytuacji zdrowotnej i społecznej osób niepełnosprawnych
<b>3.2</b> X% państw, które zapewniają granty badawcze na badania niepełnosprawności	Raporty krajowe z ministerstw zdrowia i edukacji, krajowych ośrodków doskonałości lub instytucji akademickich	Podzielone częstotliwości zbierania danych na wykonane i niewykonane w ciągu ostatnich pięciu lat Programy finansowania badań tam, gdzie istnieją, dostarczających środków na badania na temat niepełnosprawności

<sup>12</sup> Zdefiniowane jako wszystkie dziedziny funkcjonowania (upośledzenie czynności organizmu i struktury, aktywności i uczestnictwa), powiązane warunki zdrowotne i czynniki środowiskowe. Należy pamiętać, że większość wysiłków włożonych w proces gromadzenia danych na temat niepełnosprawności od 2000 roku nie bierze pod uwagę czynników środowiskowych; 55 państw zebrało dane na temat wszystkich innych sfer. Innym rozwiązaniem byłoby opracowanie indeksu (na przykład jeden punkt na maksymalnie pięć punktów za każdą dziedzinę funkcjonowania, warunki zdrowotne i czynniki środowiskowe).

DZIAŁANIA – CEL 3	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
<p><b>3.1</b> Poprawa gromadzenia danych dotyczących niepełnosprawności poprzez rozwój i zastosowanie znormalizowanego modelu badania niepełnosprawności</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wdrożenie ważnych i niezawodnych narzędzi, zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, w celu umożliwienia i poprawy gromadzenia danych na temat niepełnosprawności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie narzędzi opartych na dowodach naukowych w celu wsparcia i wzmocnienia zbierania danych na temat niepełnosprawności, w tym badań modelu niepełnosprawności</li> <li>• Opracowanie wytycznych dotyczących zaangażowania osób niepełnosprawnych w proces gromadzenia, analizy i wykorzystania danych dotyczących niepełnosprawności</li> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego dla Państw Członkowskich w zakresie budowania potencjału do gromadzenia danych związanych z niepełnosprawnością, ich analizy i wykorzystania poprzez rozwój i wdrożenie szkoleń</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i finansowego dla Sekretariatu w celu pomocy w rozwoju narzędzi służących gromadzeniu danych na temat niepełnosprawności</li> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i finansowego dla Państw Członkowskich w celu poprawy ich zdolności do gromadzenia danych dotyczących niepełnosprawności</li> </ul>
<p><b>3.2</b> Reforma krajowych systemów gromadzenia danych, w tym systemów informacji zdrowotnej, w celu rutynowego włączenia danych dotyczących niepełnosprawności z podziałem na płeć i wiek, na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Włączenie niepełnosprawności w krajowe systemy gromadzenia danych i dostarczanie danych z podziałem na płeć i wiek</li> <li>• Wzmocnienie danych administracyjnych i usługowych na temat niepełnosprawności, w tym prowadzenie dokumentacji w ramach systemów opieki zdrowotnej, z podziałem na wiek i płeć</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wytycznych merytorycznych w zakresie wspierania Państw Członkowskich w opracowaniu i/lub reformie krajowych systemów gromadzenia danych, w tym systemów informacji zdrowotnej, w celu wzmocnienia elementu niepełnosprawności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia merytorycznego i finansowego dla Państw Członkowskich opracowujących i/lub reformujących krajowe systemy gromadzenia danych w celu wzmocnienia elementu niepełnosprawności</li> </ul>

DZIAŁANIA – CEL 3	Proponowany udział Państw Członkowskich	Udział Sekretariatu	Proponowany udział partnerów międzynarodowych i krajowych
<p><b>3.3</b> Zwiększenie zakresu badań dotyczących priorytetów w kwestii niepełnosprawności, ze szczególnym uwzględnieniem kluczowych celów tego planu działania</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Współpraca z placówkami finansującymi badania naukowe w celu promowania niepełnosprawności jako kwestii priorytetowej</li> <li>• Wspieranie badań na temat priorytetowych kwestii niepełnosprawności (np. potrzeby i niezaspokojone potrzeby na usługi, bariery w zakresie świadczenia usług, efekty zdrowotne i rehabilitacyjne), z rozpowszechnianiem wyników i zastosowaniem w procesie tworzenia polityki i planowania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przygotowanie, publikowanie i rozpowszechnianie wytycznych opartych na dowodach naukowych dla Państw Członkowskich i partnerów priorytetowych kwestii niepełnosprawności (takich jak monitorowanie i ocena rehabilitacji środowiskowej)</li> <li>• Współpraca z partnerami badawczymi takimi jak administrator badań dotyczących priorytetowych kwestii niepełnosprawności (takich jak niepełnosprawność spowodowana chorobami przewlekłymi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspieranie Państw Członkowskich i Sekretariatu w prowadzeniu badań na temat priorytetowych zagadnień dotyczących niepełnosprawności</li> </ul>
<p><b>3.4</b> Wzmocnienie i budowanie potencjału zasobów ludzkich w obszarze badań niepełnosprawności w zakresie różnorodnych dyscyplin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz wzmocnienia i budowania potencjału zasobów ludzkich (w tym osób niepełnosprawnych) w obszarze badań niepełnosprawności</li> <li>• Współpraca z kluczowymi instytucjami kształcenia i szkolenia (zarówno krajowymi, jak i międzynarodowymi) w celu wzmocnienia i budowania potencjału zasobów ludzkich w dziedzinie badań niepełnosprawności</li> <li>• Zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do szkoleń, których potrzebują, w celu wywarcia wpływu na programy badawcze i stania się badaczami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Współpraca z Państwami Członkowskimi i kluczowymi partnerami krajowymi i międzynarodowymi w celu opracowania strategii dla wzmocnienia i budowania potencjału zasobów ludzkich w obszarze badań niepełnosprawności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie wsparcia technicznego i finansowego dla Państw Członkowskich i społeczeństwa obywatelskiego w celu opracowania i wdrożenia strategii dla wzmocnienia i budowania potencjału zasobów ludzkich w obszarze badań niepełnosprawności</li> <li>• Zapewnienie możliwości kształcenia i badań naukowych poprzez powiązanie uniwersytetów w krajach o niskich dochodach, z tymi w krajach o wysokich i średnich dochodach</li> </ul>